

Ruben Roberto Sousa

Perturbação de Personalidade Antissocial (Fatores Preditivos no Desenvolvimento de Personalidade Antissocial)

Ano letivo 2016/2017

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Dra. Maria Constança Leite de Freitas Paul Reis Torgal.

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo, n.º 228, 4050-313, Porto.

Co Orientador – Dr. Nuno Miguel Soares Pangaio.

Licenciatura em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Assistente Hospitalar em Pedopsiquiatria na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

RESUMO

A perturbação de personalidade antissocial, vulgarmente denominada de Psicopatia, é caracterizada pelo comportamento impulsivo, desprezo por normas sociais e indiferença para com os outros. É uma condição em que a pessoa tem pensamentos e atitudes disfuncionais e que tendem a explorar os outros para benefício pessoal. Em geral, pessoas com perturbação de personalidade antissocial não fazem distinção entre certo e errado e não consideram os direitos, desejos e sentimentos dos outros.

Os fatores ambientais estão relacionados com o aparecimento desta perturbação, principalmente na infância. Fatores genéticos estão também envolvidos, no entanto sabe-se que crianças que foram abusadas na infância têm maior tendência a desenvolver a perturbação. Além disso, crianças que cresceram em ambientes familiares instáveis ou caóticos, também estão mais propensas a desenvolver o problema. O aparecimento da perturbação antissocial está relacionado com falta de empatia precoce (capacidade de entender os sentimentos do outro e colocar-se no seu lugar).

A perturbação de personalidade antissocial é mais comum em homens do que em mulheres. Crianças que cresceram em ambientes instáveis, em meio abusivo seja verbal, física ou sexualmente, se encontram também mais propensas a desenvolver a perturbação.

Não é possível diagnosticar esta perturbação antes dos 18 anos de idade, por isso qualquer criança que apresente os sintomas de perturbação de personalidade antissocial é diagnosticada com perturbação de conduta ou perturbação de oposição e desafio.

Nesta revisão bibliográfica pretende-se identificar os fatores preditivos do desenvolvimento de comportamentos antissociais de maior relevo e outras condições associadas.

Palavras-Chave: *Neglect*, Maus Tratos, Delinquência, Insensibilidade, Perturbação Antissocial, Perturbações de Personalidade.

ABSTRACT

The antisocial personality disorder, commonly termed Psychopathy, is characterized by impulsive behavior, contempt for social norms and indifference to others. It is a condition in which the person has dysfunctional thoughts and attitudes and they tend to explore others for personal benefit. In general, people with antisocial personality disorder do not distinguish between right and wrong and do not consider the rights, desires and feelings of others.

Environmental factors are related to the onset of this disorder, especially in childhood. Genetic factors are also involved however it is known that children who were abused in childhood are more likely to develop the disorder. In addition, children who grew up in unstable or chaotic family settings are also more likely to develop the problem. The onset of antisocial disturbance is related to a lack of early empathy (ability to understand one's feelings and put oneself in one's place).

Antisocial personality disorder is more common in men than in women. Children that have grown up in unstable environments, whether verbally, physically or sexually abusive, are also more likely to develop the disorder.

It is not possible to diagnose this disorder before the age of 18, so any child presenting the symptoms of antisocial personality disorder is diagnosed with conduct disorder or oppositional defiant disorder.

In this bibliographic review we intend to identify the predictive factors relevant to the development of antisocial behaviors and other associated conditions.

Keywords: Neglect, Maltreatment, Delinquency, Callous-Unemotional, Antisocial Disorder, Personality Disorders.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Constança Paul Torgal, pelo interesse e disponibilidade demonstrados na elaboração desta dissertação.

Ao Dr. Nuno Pangaio, pelo seu interesse, orientação, disponibilidade e atenção demonstrados na realização desta dissertação.

À minha mãe, principalmente, e a todos os meus familiares, pelo apoio fundamental ao longo de todo o meu percurso universitário.

A todos os meus amigos, por todos os momentos de companheirismo inesquecíveis e inigualáveis que acrescentaram a este período, e o apoio incondicional nesta longa jornada.

Um especial agradecimento à Tuna Académica de Biomédicas, que com orgulho considero como família, por todas as aventuras passadas e que virão.

ÍNDICE

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Agradecimentos.....	4
Objetivos.....	6
Materiais e Métodos.....	6
Introdução.....	7
Perturbação Antissocial.....	8
Diagnósticos Médicos frequentemente implicados Na Infância Correlacionados com Perturbação de Personalidade Antissocial	
Hiperatividade e Défice de Atenção	9
Oposição e Desafio.....	10
Conduta.....	11
Fatores Preditivos.....	11
Conclusões.....	13
Bibliografia.....	14

OBJETIVOS

Com este trabalho é pretendido, através de uma revisão bibliográfica da literatura existente, dar a conhecer os principais fatores que podem prever o desenvolvimento de Perturbação Antissocial na idade adulta com ênfase nos fatores do meio como ambiente familiar e comportamentos na infância e adolescência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta revisão realizou-se uma pesquisa de artigos científicos em bases de dados online (MEDLINE - PubMed, ScienceDirect, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e revistas científicas), utilizando como palavras-chave: *Neglect*, Maus Tratos, Delinquência, Insensibilidade, Perturbação Antissocial, Perturbações de Personalidade.

As referências bibliográficas dos respetivos artigos estão enumeradas.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde considera os maus tratos na infância como uma prioridade de saúde pública no âmbito da prevenção do espectro da violência. Os maus tratos em crianças e adolescentes, que se encontram em etapas importantes de desenvolvimento da sua personalidade, incluem experiências negativas sérias e precoces com os seus cuidadores que podem prejudicar ou ameaçar o desenvolvimento físico, social e/ou mental da criança.[1]

A personalidade de um indivíduo é moldada pela predisposição genética e o ambiente no qual se vai desenvolver. As experiências que as crianças e adolescentes vão realizando são igualmente, senão mais importantes, na construção da sua personalidade até a vida adulta e ao longo da mesma.

O abuso verbal ou físico, a negligência (*neglect*) e maus tratos continuam a ser um problema significativo de saúde pública o que afeta muitas crianças e famílias a nível mundial, em todos os aspetos ao longo da vida, e estão fortemente conectados com sintomas psicológicos severos como por exemplo a correlação entre abuso físico do cuidador e comportamentos agressivos ou delinquência da criança. Assim é possível vir a desenvolver-se uma perturbação de personalidade seja ela de conduta, disruptiva ou desafiante opositora, o que posteriormente em idade adulta, mantendo os mesmos comportamentos, pode vir a culminar numa perturbação de personalidade antissocial.

Uma perturbação de personalidade define-se como um padrão persistente de pensamento, sentimento e comportamento que pode ser difuso e inflexível com início na infância, adolescência ou no início da fase adulta e é relativamente estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo do próprio indivíduo. Para diagnosticar uma perturbação da personalidade num indivíduo com menos de 18 anos de idade as características precisam estar presentes pelo menos um ano sendo a única exceção a perturbação de personalidade antissocial que não pode ser diagnosticada em indivíduos com menos de 18 anos.[2]

Nesta revisão bibliográfica abordo as perturbações de personalidade que mais se correlacionam com a perturbação de personalidade antissocial na tentativa de compreender, quando ao persistirem determinados comportamentos pode vir a evoluir para um diagnóstico de perturbação antissocial ao atingir a idade adulta.

PERTURBAÇÃO de PERSONALIDADE ANTISOCIAL

A perturbação de personalidade antissocial é essencialmente definida pelo desrespeito generalizado da sociedade e pelo próximo e violação dos seus direitos, inicia-se quer na infância, quer na adolescência continuando até a idade adulta. A manipulação dos outros para ganho próprio é uma característica central desta perturbação, em que o indivíduo desconsidera os possíveis efeitos colaterais que as suas ações terão nos outros e está intimamente relacionada com a falta de empatia pelo estado emocional dos outros. Para que o diagnóstico seja feito o indivíduo deve ter pelo menos 18 anos de idade e ter história de alguns sintomas de outras perturbações de personalidade – traços de personalidade antes dos 15 anos de idade. A perturbação de conduta, por exemplo, envolve um padrão repetitivo e persistente de comportamento em que os direitos básicos de outros são violados, seja pelas principais normas ou regras da sociedade apropriadas para a idade ou comportamentos especificamente característicos da perturbação de conduta como agressão a pessoas e/ou animais, destruição de propriedade, engano, roubo, ou outro tipo de violação grave das normas sociais e da lei. São frequentemente manipuladores por puro ganho pessoal. Tomam decisões no impulso do momento, sem previsão ou consideração das consequências que advém das suas atitudes.[2]

A perturbação de personalidade antissocial é definida por um conjunto de características que incluem uma insensibilidade e experiência afetiva deficiente, atitude arrogante e estilo de vida impulsivo e irresponsável. A identificação de fatores preditivos na infância para o desenvolvimento de personalidade antissocial parecem estar relacionados com aspetos afetivos (isto é, pouca empatia, fraco sentimento de culpa, indiferença), que são descritas como traços de insensibilidade (*Callous-Unemotional traits (CU)*).[3]

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS frequentemente implicados NA INFÂNCIA CORRELACIONADOS com PERTURBAÇÃO de PERSONALIDADE ANTISOCIAL

PERTURBAÇÃO de HIPERATIVIDADE e DÉFICE de ATENÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção caracteriza-se pela falta de atenção persistente com ou sem impulsividade que interfere na realização de atividades e no próprio desenvolvimento multidisciplinar da criança. O déficit de atenção manifesta-se na realização incorreta de tarefas sem foco ou persistência em diferentes graus de desorganização mesmo que haja compreensão da tarefa em causa. A hiperatividade traduz-se em atividades motoras ou agitação excessivas e inapropriadas.[2]

Os sintomas associados à Hiperatividade e Déficit de Atenção conduzem ou podem estar relacionados a vários problemas como insucesso escolar, dificuldades de aprendizagem e/ou relações sociais, risco aumentado de uso de substâncias, problemas comportamentais, ansiedade e desequilíbrios de humor ao longo do desenvolvimento.[4, 5]

Num estudo transversal, é referido que o abuso e a negligência emocional são mais comuns que outros tipos de abusos em crianças, e as crianças diagnosticadas com Déficit de Atenção estavam expostas a mais abuso físico, emocional e a negligência que crianças sem Déficit de Atenção.[4, 6]

Ao comparar um grupo de crianças que sofreram maus tratos, diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), com um grupo de crianças que não experienciaram maus tratos e diagnosticadas apenas com Déficit de Atenção revelou que o grupo de crianças que sofreram maus tratos e PHDA apresentavam níveis maiores de falta de atenção e impulsividade, enquanto os sintomas de hiperatividade eram semelhantes.[4]

As crianças diagnosticadas com PHDA demonstram continuamente problemas de comportamento social, agressões verbais e físicas, atitudes hostis, distúrbios e comportamentos extrovertidos. Esses comportamentos exacerbam conflitos com professores, colegas e as figuras parentais. As crianças diagnosticadas com PHDA muitas vezes não seguem as regras e limitações estabelecidas pelos adultos,[4] levando os cuidadores à exaustão.

PERTURBAÇÃO de OPOSIÇÃO e DESAFIO

A perturbação de oposição e desafio (*opposition defiant disorder* (ODD)) é caracterizada por humor irritável, comportamento desafiador ou de vingança. Os sintomas de ODD podem ser confinados apenas a um contexto sendo mais frequente no próprio lar o que pode prejudicar significativamente o funcionamento social do indivíduo, no entanto em casos mais graves os sintomas podem estar presentes em outros tipos de ambiente o que torna fundamental a avaliação do comportamento do indivíduo em múltiplos contextos e diferentes graus de relacionamentos e suas interações. Os sintomas encontram-se tipicamente mais evidentes nas interações com adultos ou colegas. As crianças com ODD podem ter experienciado parentalidade hostil/abusiva ou negligente o que torna difícil distinguir se o comportamento da criança foi a causa de hostilidade dos pais em relação à criança, ou se foi a hostilidade dos pais que levou ao comportamento problemático da criança, ou mesmo uma combinação de ambos.[2]

A ODD é uma condição muito prevalente[7] fortemente associada à perturbação de conduta (*conduct disorder* (CD))[8]. Atualmente é proposto que a ODD e a CD sejam estudadas separadamente pois as duas perturbações têm diferentes trajetórias de desenvolvimento e estão associadas a diferentes fatores de risco[9]. Os traços da ODD caracterizam um grupo de crianças com sérios problemas de conduta demonstrando um particular estilo interpessoal e afetivo distinguido pela falta de empatia, falta de culpa e expressão de medo constrangida.[10, 11]

Ao estudar os traços específicos de *Callous-Unemotional* (CU) (principais características: pouca empatia, fraco sentimento de culpa e indiferença) combinaram CD e ODD ignorando o facto de que tanto a CD como ODD possuem as suas próprias associações e particularidades específicas. A combinação de características de *Disruptive Behavior Disorder* (DBD) e CU representam um cenário grave envolvendo níveis mais elevados de desinibição comportamental como maior impulsividade, resposta de recompensa-dominante, procura de sensações fortes e problemas de conduta mais graves como agressividade. Quanto mais precoce for o início dos sintomas pior o prognóstico com menor a resposta a tratamentos, dificuldades para o processamento de estímulos cognitivos, menor capacidade de resposta emocional ao medo e ao sofrimento dos outros (empatia diminuída ou inexistente) em comparação a casos de DBD sem CU.[11, 12] Anomalias do córtex orbito-frontal e da amígdala, podem estar subjacentes a tais dificuldades.[11, 13] Nos casos em que os indivíduos somente padecem de DBD manifestam maior reatividade emocional a estímulos ameaçadores, reações mais intensas a provocações, baixo nível de inteligência verbal e estão, na sua maioria, mais expostos a parentalidade disfuncional.[11, 14]

PERTURBAÇÃO de CONDUTA

A característica essencial da perturbação de conduta é um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual os direitos básicos de outros indivíduos e regras da sociedade apropriadas à idade são violados. Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos: conduta agressiva seja com pessoas ou animais; não agressivo em que há dano de propriedade; mentira ou roubo; violações graves das regras sociais. Estes comportamentos devem estar presentes nos últimos 12 meses com pelo menos um dos referidos comportamentos principais presente nos últimos 6 meses. Esta perturbação coloca em causa o funcionamento social e escolar ou ocupacional. Os indivíduos com perturbação de conduta possuem a característica de minimizar a maneira como encaram os seus problemas, tendo o clínico que confiar não só no doente como também confiar em informantes adicionais mesmo que o conhecimento adicional seja limitado. Podem exibir comportamentos de *bullying* ou de intimidação.[2] A relação entre PHDA e outras perturbações como a ODD ou CD é reconhecida há anos.[15, 16]

A Perturbação Antissocial, de Conduta e ODD são os problemas comportamentais mais comuns em crianças e jovens em todo o mundo.[17] As perturbações de conduta estão vincadamente associadas a mau rendimento escolar, isolamento social, abuso de substâncias e delinquência.[17] A grande maioria das crianças e jovens adolescentes com perturbação de conduta tornar-se-ão adultos antissociais com comportamentos primitivos e destrutivos e estilos de vida sociais inadequados[18], especialmente nos indivíduos em que os problemas de conduta desenvolvem-se precocemente mas apenas uma minoria será diagnosticada com perturbação antissocial, enquanto outra parte, ao serem seguidos e tratados e atingindo a idade adulta, tornam-se indivíduos aptos na sociedade. A Perturbação Antissocial e de Conduta geralmente coexistem não só entre si mas também com outras doenças mentais[19], colocando um pesado fardo pessoal e socioeconómico nos restantes indivíduos dentro das normas da sociedade [20] o que envolve amplos gastos no sistema nacional de saúde, assistência social, educação e serviços de justiça criminal.[17]

FATORES PREDITIVOS

Existem evidências consistentes de que a exposição a repetidos episódios de maus-tratos, está associada a um posterior aumento de risco de perturbações de comportamento.[21]

Em teoria, experiências repetidas de maus tratos que persistem ao longo das várias etapas de desenvolvimento diminuem as possibilidades de recuperação e resiliência da criança, o que vai-se traduzir num alto impacto nos problemas comportamentais.[22, 23] No entanto, estudos que examinaram a trajetória de desenvolvimento de maus tratos, revelou que os maus tratos precoces são fator contribuinte para posteriores problemas de comportamento.[24]

Duas teorias que sugerem uma explicação para a relação entre maus-tratos e posteriores perturbações de comportamento são a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento e a perspectiva do curso de vida.[23] A perspectiva do curso de vida sugere que o desenvolvimento humano é de natureza hierárquica e a experiência com adversidades de início precoce como os maus tratos, impedem o desenvolvimento crítico de tarefas mais tarde na vida.[22, 25] Os estudos que favorecem a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento geralmente se concentram em crianças de menor idade e estabelecem uma ligação entre os maus tratos que ocorreram nos primeiros 5 anos de vida e perturbações comportamentais em idades posteriores.[26] Ambas as perspectivas estão de acordo que a cronicidade de maus tratos tem grande impacto no desenvolvimento de perturbações comportamentais.[27]

A literatura sobre diferenças comportamentais ofusca a literatura dos fatores de risco psicossocial para o desenvolvimento de personalidade antissocial, no entanto existem estudos, realizados ao longo de mais de uma década que documentam uma ligação entre maus tratos infantis e personalidade antissocial[28-30]. Num estudo longitudinal [31], examinaram *scores* de psicopatia entre 652 indivíduos com história legalmente documentada de maus tratos infantis (abuso físico, sexual e/ou negligência, em comparação com um grupo de controlo correspondente de 489 Indivíduos sem historial documentado de maus tratos. O estudo demonstrou que as vítimas de maus tratos na infância obtiveram um *score* mais elevado na *Psychopathic Check List – Revised* [32], equiparáveis aos *scores* que se verificam em adultos.

A negligência, no entanto, tem sido relativamente pouco estudada com relação à personalidade antissocial. Dado que a negligência parece estar associada a deficiências afetivas é importante considerar *Neglect* como um fator de risco para desenvolvimento de personalidade antissocial. Por exemplo, à semelhança de indivíduos com diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial, as crianças negligenciadas são mais propensas a demonstrar reações afetivas mais bruscas [33]. Crianças negligenciadas experienciam ambientes de aprendizagem emocional estéril o que pode ser responsável pelo seu funcionamento afetivo anormal. Comparados com outros grupos de maus tratos, os pais negligentes que interagem com menos frequência com seus educandos, são emocionalmente menos expressivos e simpatizantes com seus filhos [34,35]. Esses ambientes de desenvolvimento infantil são inadequados em promover respostas empáticas ou altruístas relativamente à angústia dos outros [36] ou seja, privação de afeto e negligência tem grande probabilidade de levar ao desenvolvimento de personalidade antissocial.

CONCLUSÕES

Nesta revisão bibliográfica, tanto durante a pesquisa, como durante a leitura de artigos, foi possível verificar a extensa documentação, revisões e evolução não só dos termos de diagnóstico como seus critérios. Apesar de as perturbações aqui referidas terem algumas características em comum e sobreponíveis em outros aspetos, são as que parecem poder evoluir para um diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial, aquando da passagem para idade adulta pelo adolescente. Podemos, ainda, não definir com exatidão fatores preditivos para o desenvolvimento de um futuro diagnóstico de Perturbação de Personalidade Antissocial, mas é possível verificar que muitos dos casos de maus tratos, *neglect* e de pré-delinquência podem servir como fatores de risco prováveis de desenvolvimento de Personalidade Antissocial. Ainda existe muita investigação a ser realizada, não só nos fatores ambientais onde as crianças e adolescentes se desenvolvem, a influência de sua carga genética em termos do comportamento do individuo e suas trajetórias de comportamento de internalização e externalização, mas principalmente o desenvolvimento de estudos em núcleos familiares em que os fatores de risco mencionados se encontram presentes, e com igual importância, dar início a esses estudos em crianças que apresentam perturbações de personalidade desde antes dos 5 anos de idade com seguimento até pelo menos à sua idade adulta jovem. No fundo seguir o desenvolvimento psicossocial da criança que apresente fatores de risco durante o seu curso de vida, na tentativa de melhor compreender todo o processo e mitigar o desenvolvimento de perturbações de personalidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Dias, A., et al., *Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2015. **24**(7): p. 767-778.
2. Arlington, V., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. 2013: American Psychiatric Association.
3. Obradovic, J., et al., *Measuring interpersonal callousness in boys from childhood to adolescence: An examination of longitudinal invariance and temporal stability*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2007. **36**(3): p. 276-292.
4. Sari Gokten, E., et al., *Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect*. Child Abuse Negl, 2016. **62**: p. 1-9.
5. Barkley, R.A., *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Clin Psychiatry, 2002. **63 Suppl 12**: p. 10-5.
6. Hadianfard, H., *Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children*. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2014. **2**(2): p. 77-84.
7. Bufferd, S.J., et al., *Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview*. Comprehensive Psychiatry, 2011. **52**(4): p. 359-369.
8. Rowe, R., et al., *The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2002. **43**(3): p. 365-373.
9. Lahey, B.B. and I.D. Waldman, *Annual Research Review: Phenotypic and causal structure of conduct disorder in the broader context of prevalent forms of psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2012. **53**(5): p. 536-557.
10. Frick, P.J., et al., *Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2014. **55**(6): p. 532-548.
11. Ezpeleta, L., et al., *Clinical Characteristics of Preschool Children with Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits*. Plos One, 2015. **10**(9).
12. Frick, P.J., et al., *Can Callous-Unemotional Traits Enhance the Understanding, Diagnosis, and Treatment of Serious Conduct Problems in Children and Adolescents? A Comprehensive Review*. Psychological Bulletin, 2014. **140**(1): p. 1-57.
13. Finger, E.C., et al., *Impaired functional but preserved structural connectivity in limbic white matter tracts in youth with conduct disorder or oppositional defiant disorder plus psychopathic traits*. Psychiatry Research-Neuroimaging, 2012. **202**(3): p. 239-244.
14. Frick, P.J. and S.F. White, *Research Review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2008. **49**(4): p. 359-375.

15. Bilgic, A., et al., *Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2013. **22**(9): p. 523-532.
16. Jarrett, M.A. and T.H. Ollendick, *A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice*. Clinical Psychology Review, 2008. **28**(7): p. 1266-1280.
17. Pilling, S., et al., *GUIDELINES Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance*. Bmj-British Medical Journal, 2013. **346**.
18. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and E.M. Ridder, *Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood*. J Child Psychol Psychiatry, 2005. **46**(8): p. 837-49.
19. Bourne, R., *Antisocial Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention*. British Journal of Psychiatry, 2010. **197**(4): p. 337-337.
20. Scott, S., et al., *Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood*. British Medical Journal, 2001. **323**(7306): p. 191-194.
21. Appleyard, K., et al., *When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005. **46**(3): p. 235-245.
22. Cicchetti, D. and S.L. Toth, *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995. **34**(5): p. 541-65.
23. Li, F.F. and M.T. Godinet, *The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence*. Children and Youth Services Review, 2014. **36**: p. 22-29.
24. Thompson, R. and J.K. Tabone, *The impact of early alleged maltreatment on behavioral trajectories*. Child Abuse Negl, 2010. **34**(12): p. 907-16.
25. Kotch, J.B., et al., *Importance of early neglect for childhood aggression*. Pediatrics, 2008. **121**(4): p. 725-31.
26. Horwitz, A.V., et al., *The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study*. J Health Soc Behav, 2001. **42**(2): p. 184-201.
27. Thornberry, T.P., T.O. Ireland, and C.A. Smith, *The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes*. Dev Psychopathol, 2001. **13**(4): p. 957-79.
28. Kimonis, E.R., et al., *Maltreatment Profiles Among Incarcerated Boys With Callous-Unemotional Traits*. Child Maltreatment, 2013. **18**(2): p. 108-121.
29. Bernstein, D.P., et al., *Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child-Abuse and Neglect*. American Journal of Psychiatry, 1994. **151**(8): p. 1132-1136.
30. Lang, S., B. af Klinteberg, and P.O. Alm, *Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2002(412): p. 93-100.

31. Widom, C.S. and M.G. Maxfield, *A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children*. Understanding Aggressive Behavior in Children, 1996. **794**: p. 224-237.
32. Bolt, D.A., et al., *A multigroup item response theory analysis of the Psychopathy Checklist-Revised*. Psychological Assessment, 2004. **16**(2): p. 155-168.
33. Gaensbauer, T. J., & Harmon, R. J. (1982). *Attachment behavior in abused/neglected and premature infants: Implications for the concept of attachment*. In R. N. Emde & R. J. Harmon (Eds.), *Attachment and affiliative systems* (pp.245–279). New York, NY: Plenum.
34. Bousha, D.M., & Twentyman, C. T. (1984). *Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home*. Journal of Abnormal Psychology, 93, 106–114.
35. Crittenden, P. (1981). *Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction*. Merrill-Palmer Quarterly, 27, 201–218.
36. Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., & King, R. A. (1979). *Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress*. Child Development, 50, 319–330.